Seinen lieben Eltern

in treuer Liebe und Dankbarkeit

und

Herrn Dr. med. Heinrich Leimbach

in dankbarer Verehrung.

Der Verfasser.

Die grösste Anzahl der entzündlichen Störungen in der Brustdrüse wird bei weitem in dem Zeitabschnitte eingeleitet, wo die Drüse ihre periodische Funktion vorbereitet und erfüllt, also in der Zeit der Gravidität und Laktation der Frau. Beziehungen dieses Prozesses zu dem Geschlechtsleben überhaupt finden wir, wie Leser in seinem Lehrbuch für „spezielle Chirurgie" sagt, angedeutet in einer auftretenden Schwellung der Brustdrüse, wie sie zuweilen bei jungen Mädchen zur Zeit der Menstruation, seltener auch bei jungen Männern in der Zeit der vollen Pubertätsentwickelung vorkommt: die meist stark entwickelte Drüse schwillt schmerzhaft an; sie fühlt sich prall, hart an und zuweilen entleert sich ein milchig-seröses Sekret. Dieser vorübergehende Zustand ist als Mastitio adolescentium bekannt. Manchesmal geht dem Beginn dieses Prozesses ein Trauma vorher. Ein anderes Beispiel dieser Beziehungen zwischen Geschlechtsleben und Brustdrüse sind nach Leser die zuweilen spontan auftretenden Blutungen in der Brustdrüse während der Menstruation der Frau. Diese Haemorrhagien kommen namentlich bei Störungen der normalen Menstruation zur Ausbildung. Sie verlangen kaum ein Eingreifen des Arztes. Ganz etwas anderes ist es mit den entzündlichen Prozessen, wie sie sich in der Brustdrüse während des Wochenbetts bei stillenden Frauen einstellen. Die Bedeutung dieser Entzündung liegt nicht etwa darin, dass sie eine hohe Mortalität aufzuweisen hätte, sondern weil ihr Vorkommen immerhin relativ häufig ist und die Störungen, die durch sie hervorgerufen werden, sich zwiefach geltend machen, indem sie einerseits die

Mutter, andererseits das Kind betreffen. Über die Häufigkeit des Vorkommens der puerperalen Mastitis, wie sie die Journale der Greifswalder Frauenklinik von 1883—1903 und die statistischen Zahlen anderer Universitätskliniken und Gebäranstalten ergeben, soll weiter unten verhandelt werden.

Obwohl über die Häufigkeit des Vorkommens der puerperalen Mastitis ausserhalb klinischer Anstalten keinerlei statistische Angaben sich vorfinden, so ist doch die Tatsache unumstösslich sicher, dass der Prozentsatz an Morbidität ausserhalb der Gebäranstalten ein erheblich grösserer ist.

Die Prognose der puerperalen Mastitis ist quoad vitam entschieden als günstig zu bezeichnen, da die Mortalität in den bis jetzt bestehenden Statistiken gleich 0 angegeben wird und die sich an tiefer greifende Mastitiden anschliessenden Phlegmonen, die sog. Paramastitis posterior oder Retromastitis, nach den Angaben von Olshausen nur höchst selten vorkommen und Rippenkaries oder Empyeme nur höchst selten (Fehling) nach sich ziehen. Nur Billroth berichtet, dass von 56 schweren puerperalen Mastitiden 2 tötlich verlaufen sind und zwar an Complicationen, die eine an infektiöser Thrombose der Vena femoralis beiderseits, die andere an Erysipelas migrans. Trotz dieser günstigen Prognose der Mastitis, ist aber die Bedeutung keineswegs zu unterschätzen. Neben den hohen Temperaturen, die 41,5° nach Olshausen erreichen können, kommen inbetracht die oft geradezu unerträglichen Schmerzen, die die Wöchnerin vollkommen der Ruhe und des Appetits berauben. Infolgedessen leidet gerade bei ihnen der Kräftezustand in ganz erheblichem Masse. Es ist geradezu merkwürdig, wieviel rascher die Kranken bei der weniger gefährlichen Mastitis herunterkommen als z. B. bei der Parametritis.

Olshausen äussert sich folgendermassen: „langwierige Mastitiden, die sich durch Monate hinziehen, können die

Wöchnerin im höchsten Grade herunterbringen und anaemisch machen."

Endlich hat die puerperale Mastitis insofern eine wesentliche Bedeutung, als sie neben Trauma, lange andauerndem äussern Reiz (zu festes Schnüren), hereditärer Belastung ein wichtiges aetiologisches Moment abgibt für eine später eventuell auftretende carcinomatöse Entartung der Mamma. In seinen Beiträgen zur Statistik der Carcinome berichtet A. von Winiwarter: von 114 Frauen mit Mammacarcinom haben 24 eine Mastitis durchgemacht; bei 10 von diesen Mastitiden blieb als Residuum ein Knoten oder eine Infiltration zurück, woraus sich das Carcinom entwickelte. Bei der langen Zeit, die gewöhnlich zwischen der Entzündung und dem Beginne des Carcinoms gelegen ist, kann eine direkte Einwirkung schwerlich angenommen werden; wir müssen uns hier behelfen und zur Erklärung den Satz vom locus minoris resistentiae herbeiziehen. Roloff (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1899, 54. Bd., 1. u. 2. Heft, 607: „über chron. Mastitis und sogenannte Cystadenome) berichtet von 2 Fällen, in denen das Entstehen von Carcinom auf dem Boden chronisch entzündlicher Prozesse der Mamma als sicher bewiesen anzusehen war. Das eine Mal handelte es sich um eine seit 24 Jahren bestehende Fistel, das andere Mal um eine Narbe nach Mastitis purulenta.

Wie bereits erwähnt, macht sich die nachteilige Wirkung der Brustdrüsenentzündung nicht nur bei der Mutter fühlbar, sondern auch beim Kinde. Die gesundeste und bekömmlichste Nahrung für das Kind ist und bleibt nun einmal die Muttermilch. Tritt aber eine Mastitis auf, so erfordert es die Therapie, dass das Kind von der Mutterbrust abgesetzt wird. Dadurch wird das Kind wesentlich in seinem Ernährungszustande geschädigt. Die Folgen der Mastitis werden aber häufig noch weittragendere sein, indem auch bei einem etwa noch einmal eintretenden Puerperium die Mutter schwer

dazu zu bewegen sein wird, ihr Kind selbst zu nähren, weil sie sich vor einer sich etwa wieder bildenden Entzündung fürchtet, vor allem aber ihr die ausgestandenen Schmerzen noch lebhaft in Erinnerung stehen.

Bevor ich auf die Erkrankungen der Brüste selbst eingehe, sei mir gestattet, in Kürze die funktionellen Störungen der Brüste zu behandeln. Bekanntlich erfährt die schon in der Schwangerschaft angeregte Funktion der Milchdrüsen am 2.—4. Tage des Wochenbetts eine erhebliche Verstärkung. Die Brüste schwellen noch mehr an, werden praller und härter. Die vermehrte Spannung erzeugt ein Gefühl von Schmerz, welches bei Druck auf die Drüsen oder bei Armbewegungen sich steigert.

Diese sekretorische Tätigkeit der Brustdrüsen nimmt in allen Fällen bis zum 4. Tage zu. Dann wird dieselbe bei stillenden Frauen durch den Reiz des Saugens und die periodische Entleerung der Drüsen weiter unterhalten.

Häufig sah man früher am 2.—4. Tage eine Temperatursteigerung auftreten und schob sie der durch den Secretionsbeginn in den Brüsten bewirkten Spannung zu. Man nannte diesen Zustand fälschlicher Weise Milchfieber. Fehling lässt den Begriff des Milchfiebers vollständig fallen und betrachtet diese Temperatursteigerung lediglich als ein Resorptionsfieber ausgehend von den Genitalien.

Runge sagt darüber: die beginnende Secretion ist ebenso wenig von Fieber begleitet wie die Milchstauung, welche sich bei mangelnder Abfuhr der sezernierten Milch ausbildet. Die Berechtigung der Ablehnung der Lehre vom «Milchfieber« gibt uns die praktische Erfahrung, dass mit Einführung der Antisepsis in die Geburtshilfe die früher sehr häufigen fieberhaften Temperatursteigerungen am 3. u. 4. Tage des Wochenbetts fast völlig geschwunden sind.

Er spricht von Polygalactie, wenn Milch fast beständig und in grösseren Mengen aus den Brüsten ausfliesst, trotz

dem das Kind reichlich Nahrung aus demselben entnimmt und von Galactorrhoe, wenn nach Absetzen des Kindes von der Brust längere Zeit hindurch erhebliche Mengen eines meist sehr dünnen Sekrets den Milchdrüsen entströmen.

Nach Ahlfeld ist das Milchfieber aber mit Einführung der Antisepsis so gut wie verschwunden, während es in der vorantiseptischen Zeit in den ersten Tagen des Wochenbetts in der Regel vorhanden war. Ahlfeld scheint damit den Standpunkt Fehlings zu teilen, der jede derartige Temperatursteigerung als Resorptionsfieber betrachtet und den Ausgang von den Genitalien herleitet.

Mastitis:

Olshausen teilt die Erkrankungen der Brüste ein in Erkrankungen der Brustwarze und der Brustdrüse. Für uns kommen hier nur die letzteren in Betracht. Olshausen nennt die Mastitis eine parenchymatöse Entzündung der Brustdrüse. Er setzt ihren Beginn häufiger in die zweite, auch dritte Woche des Wochenbetts, als noch in die erste. «Der Beginn der Erkrankung dokumentiert sich fast immer durch Frieren oder selbst einen oft heftigen Schüttelfrost, dem sogleich eine bedeutende Temperatursteigerung zu folgen pflegt. Die Wöchnerin hat um diese Zeit selten schon spontane Schmerzen in der Brustdrüse; doch findet man bei der Untersuchung meist schon jetzt eine circumscripte schmerzhafte Härte und darüber Hautröte. In günstig verlaufenden Fällen hört das Fieber schon am zweiten Tage wieder auf; die Hautröte, Schmerzhaftigkeit und Infiltration verschwinden fast ebenso schnell, und die Krankheit ist gehoben. Dauert aber das Fieber mehrere Tage, so ist fast niemals auf Verteilung der Entzündung zu hoffen. Es kommt zur Eiterung. Unter Zunahme der Härte und der Schmerzen kommt es in 6—10 Tagen zu einer oft nicht tiefliegenden Fluctuation und, wenn man noch so frühzeitig incidiert, so

ist es doch oft schon zur Bildung erheblicher Eiterungen gekommen. Tritt rechtzeitig eine zweckmässige chirurgische Behandlung ein, so bleibt es meist bei dem einen Eiterherd; welcher nach längstens einigen Wochen sich schliesst. Wird aber anfänglich etwas versäumt, so entzündet sich ein Drüsenlappen nach dem andern, jeder bildet einen Eiterherd, der für sich aufbricht. Schliesslich ist der grösste Teil des Drüsengewebes zerstört und die Haut der Brust durch zahlreiche Fistelgänge durchlöchert.

Bei der phlegmonösen Mastitis ist die Entzündung von Anfang an diffuser, die ausgedehnte Beteiligung des subcutanen Bindegewebes und die schnellere und diffusere Hautröte sind deutlich. Sekundär greift freilich auch hier die Entzündung auf die durch eitrige Schmelzung des periadenitischen Gewebes isolierten Drüsenlappen über.

In seltenen Fällen bildet sich eine Phlegmone im retromammären Zellgewebe, welches zwischen Drüse und Thoraxwand liegt. Die anschwellende Mamma gibt ein Gefühl, als ob sie auf einem Wasserkissen läge; die Basis der Brust wird oedematös. Nicht rechtzeitige Inzision kann zu langwierigen gefährlichen Eitersenkungen führen. Billroth will diese Retromammärabscesse stets auf Eiterung tief gelegener Drüsenlappen zurückführen.

Aetiologie der Mastitis.

Billroth hat im Jahre 1880 zuerst darauf hingewiesen, dass die Mastitis nicht durch Galaktose, wie bisher allgemein angenommen wurde, sondern durch Bakterienwirkung hervorgerufen wird, und die Gallaktose erst sekundäre Folge der Entzündung ist.

Olshausen (Lehrbuch der Geburtshilfe, 1896) sagt: Die Aetiologie der Mastitis ist durch die bakteriellen Forschungen ungleich klarer geworden, wenngleich noch manches festzustellen übrig bleibt. Es kann keine Frage sein, dass die

Mastitis stets auf einer Infektion beruht. Ebenso steht Fehling auf dem Standpunkte, dass die Anschauung, wonach die mastitis puerp. als auf infektiöser Basis beruhend betrachtet wird, die allein richtige ist. Runge sieht in der Mastitis ebenfalls eine bakterielle Erkrankung. Er schliesst sich der Meinung der Mehrzahl der Autoren an, wenn er sagt: „Milchstockung allein ohne bakterielle Infektion führt niemals zu Mastitis. Dagegen kann sie als begünstigender Umstand für die Entstehung angesehen werden. Gestaute Milch ist ein guter Nährboden für die Bakterien."

In der Sammlung klinischer Vorträge von Volkmann spricht Bumm von einer einfachen Stauungsmastitis, wobei es zu einer flüssigen und zelligen Exsudation ins interstitielle Bindegewebe kommen soll. Gleichzeitig hat dabei Bumm nicht pathogene Spaltpilze gefunden, die für die Entzündung belanglos wären. Mit dieser Ansicht steht Bumm ganz allein da. Dass Milchstockung als begünstigender Umstand für die Entstehung der Entzündung angesehen werden kann, geben Runge und Olshausen zu. Eine Erklärung der Begünstigung der Ansiedlung von Bakterien durch die Stauung gibt Deis (Mastitis parenchym, Dissert. 1889). Er sagt:

Die eingedrungenen Mikroorganismen wirken einerseits entzündungsanregend auf die Wandung der Drüsenkanäle, andererseits zersetzend auf die gestaute Milch; dabei wird Caseïn ausgefällt und die sich entwickelnde Milch- und Buttersäure wirkt anregend auf das Epithel des Parenchyms.

Köstlin (Über den Keimgehalt der Milch und die Aetiologie der Mastitis) dagegen hat nie eine Veränderung der Reaktion oder Konsistenz der Milch unter dem Einfluss der Mikroorganismen bei der Lebenden finden können. Selbst bei einem unter dem typischen Bilde einer Mastitis verlaufenden Falle fand er vor und nach der Erkrankung die Milch unverändert.

Als die Erreger der Mastitis werden Staphylococcen und Streptococcen angesehen. Nach Sarfert soll auch die Gonococcus im Mastitis-Eiter gefunden worden sein. Dabei bestand aber Gonorrhoe der Wöchnerin. Unter den Staphylococcen wird der Staphylococcus pyogenes aureus als spezifischer Erreger der Mastitis angesehen. Köstlin hält den Staphylococcus pyogenes albus als nicht pathogen für Mastitis, weil er ihn oft bei intakter Mamma ohne jede Entzündungserscheinung in der Milch der Schwangeren gefunden hat. Dabei hat er aber ausser acht gelassen, dass dieser Coccus erst durch kleine Wunden eine Eingangspforte ins Gewebe finden muss, um Entzündung hervorzurufen.

Es bleibt nun übrig, die Wege zu erörtern, auf denen die Entzündung hervorrufenden Bakterien eindringen. Nach Olshausen können sie auf zwei Wegen in die Drüse eindringen, nämlich durch die Schrunden der Warze und den Lymphstrom oder durch das Lumen der Milchkanäle. Dieser letztere Weg ist nach den Untersuchungen von Escherich und Bumm ausser allen Zweifel gesetzt, nachdem diese Forscher den Nachweis von Bakterien in der Milch der noch nicht erkrankten Drüse geführt haben.

Billroth hält ebenfalls beide Wege für möglich, erklärt aber für den häufigeren den Lymphweg. Die Infektion auf dem Lymphwege deckt sich bei Ohlshausen mit der klinischen Bezeichnung Mastitis interstitialis oder phlegmonosa, während er die durch Infektion auf dem Wege der Milchkanäle entstandene klinisch die Mastitis parenchymatosa nennt. Obwohl durch die Untersuchungen von H. Neumann und M. Cohn, sowie durch diejenigen Palleske's konstatiert worden ist, dass die gesunde Brustdrüse, wenn sie sezerniert, in der grossen Mehrzahl der Fälle Coccen enthält und zwar fast immer den Staphylococcen pyogenes albus — also dadurch der Beweis erbracht ist, dass Bakterien in die Milchkanäle eindringen, steht Köstlin trotzdem nicht auf

diesem Standpunkte. Er giebt nur dann von hier aus die Möglichkeit der Entstehung einer Mastitis zu, wenn die Milchgänge mechanisch laediert werden und damit die Erreger in das periadenitische Gewebe eindringen könnten.

Er begründet seine Ansicht damit, dass Primiparae öfters von Mastitis befallen werden als Multiparae und sagt: „Dies kann nur daher rühren, dass bei Erstgebärenden wegen der grösseren Zartheit der Warzen und der Unerfahrenheit im Anlegen weit öfter Schrunden an den Warzen entstehen als bei Mehrgebärenden. Durch diese Schrunden wandern die Bakterien ein. Fände die Infektion statt von den Milchgängen aus, so müssten Multiparae ebenso oft von Mastitis befallen werden wie Primiparae. Und warum ist die Mastitis von Neugeborenen und Schwangeren so selten?

v. Winckel stellt ebenfalls als günstige Eingangspforten für die Mastitis die Wunden der Brustwarzen hin und zwar keineswegs nur so lange, als diese noch bestehen, sondern 8—14 Tage und noch länger nach vollständiger Verheilung derselben. Die Entzündung kriecht von den Milchausführungsgängen oft ganz allmählich nach der Peripherie der Drüse. Der Sitz der erkrankten Acini entspricht daher dem Sitz der Excoriation auf der Warze. Für die Fälle von puerperaler Mastitis ohne vorherige Warzenaffektion nimmt v. Winckel mit Birch-Hirschfeld an, dass das Irritament sofort in die Milchkanäle gelangt.

Während Olshausen, Ahlfeld u. v. Winckel eine parenchymatöse und interstitielle Mastitis unterscheiden, bezeichnet Koestlin die Mastitis nach den betreffenden die Entzündung erregenden Bakterien. Er unterscheidet eine Staphylococcen- und Streptococcenmastitis. Den Begriff Mastitis parenchym. wendet er überhaupt nicht an. Die Staphylococcenmastitis ist nach ihm die schwerere Erkrankung und entspricht dem Bilde des Erysipel oder des retromammaeren Abscesses. Sie macht progrediente Eiterung. Die

Staphylococcenmastitis führt früher zur Eiterung und bleibt circumscript. Ihr Bild würde klinisch der parenchymatösen entsprechen.

Gundert (Abhandlung über die Häufigkeit des Vorkommens der Mastitis an der Würzburger Frauenklinik in den Jahren 1889—99) erachtet die Einteilung nach der Ätiologie für die beste. Er spricht dann von einer Staphylococcen-, Streptococcenmastitis und von einer Mischform. Über den Weg, welchen die Bakterien nehmen, lässt sich auch heute nach den neuesten Forschungen nichts Sicheres sagen. Der häufigere ist jedenfalls der Lymphweg durch die Schrunden der Brustwarzen, wie ihn Koestlin angibt. Daneben ist aber das Eindringen von Bakterien in die Milchkanäle nicht von der Hand zu weisen. Im weiteren sei es mir vergönnt, die Fälle von Mastitis nach den einzelnen Jahrgängen hintereinander aufzuführen, wie sie die Journale der Greifswalder Frauenklinik in den Jahren 1883—1903 darbieten. In den nun folgenden Auszügen haben nur die wichtigsten etwa in Betracht kommenden Punkte ihre Aufzeichnung gefunden: Tag der Aufnahme der Schwangeren, Niederkunft, Tag der Entlassung, Zahl der vorangegangenen Geburten mit kurzer Angabe des Verlaufs, Diagnose der Kindslage der letzten Geburt, Verlauf des Wochenbetts und hin und wieder Angabe der Prophylaxe und Therapie.

1883.

128 Geburten
4 Mastitiden = 3,125 %
1 Jncision = 0,78 %

1. Friederike B., 17 J., aufgenommen am 30. I. 83, niedergekommen am 30. III. 83, entlassen am 19. IV. 83. Keine vorangegangenen Geburten. Brüste mittelstark entwickelt, Warzen wenig hervortretend, Warzenhof schwach pigmentiert, Montgomeri'schen Drüsen vereinzelt vorhanden, auf Druck

entleert sich Colostrum. I. Schädellage. Keine Kunsthilfe. Ernährungsweise; Im Anfange Muttermilch, später wurde sie wegen einer leichten Mastitis ausgesetzt.

Diagnose: Leichte Mastitis. Gesund entlassen bis auf kleine Verhärtung in der linken Brust am 9. II. 03.

2. Anna M., 23 J., aufg. am 30. IV. 83, niedergek. 5. V. 83, entlassen 19. Mai 83.

Vorausgegangen eine Geburt ohne Kunsthilfe. Das Kind wurde künstlich ernährt.

Brüste gut entwickelt, Warzen wenig hervortretend, Warzenhof pigmentiert, Montg. Papillen vorhanden, auf Druck Colostrumentleerung. II. Schädellage. Keine Kunsthilfe. Ernährung des Kindes durch Muttermilch. M. wurde gesund entlassen, nachdem sie eine leichte Mastitis überstanden hatte.

3. Wilhelmine B., 22 J., aufg. 15. VI. 83, niedergek. 16. VI. 83, entlassen 29. VI. 83.

Keine vorangegangenen Geburten. Brüste stark entwickelt, Warzenhof pigmentiert, Warzen hervortretend. Montg. Papillen zahlreich vorhanden. Auf Druck entleert sich Colostrum.

I. Schädellage. Ein 2 cm langer Dammriss wurde durch 2 Suturen vereinigt. Ernährung durch Muttermilch. B. wurde gesund entlassen, während sie eine leichte Mastitis überstanden hatte.

4. Bertha B., 26 J., aufg. 9. VI. 83, niedergek. 1. VIII. 83, entl. 27. VIII. 83.

Zwei vorausgegangene Geburten; bei der ersten wurde die Zange angelegt, die zweite ging spontan vor sich. Brüste mittelmässig, Warzenhof pigmentiert, Warzen gut hervortretend. Montg. Papillen vereinzelt. Colostrum entleert sich auf Druck.

II. Schädellage. Keine Kunsthilfe. Kind ausschliesslich künstlich ernährt.

Am 27. VIII. gesund entlassen, nachdem sie eine Mastitis suppurativa überstanden hatte, die mit Inzision und Drainage behandelt wurde. In der Inzisionswunde bildete sich eine Milchfistel, die sich bald nach Ätzung mit Arg. nitr. schloss.

1884.

138 Geburten
1 Mastitis = 0,724 %
0 Inzisionen = 0 %

5. Franziska K., 19 J., aufg. 2. I. 84, niedergek. 3. II. 84, entl. 18. II. 84. Brustdrüsen gut entwickelt. Pigmentierung des Warzenhofes schwach. Warzen sehr schlecht entwickelt. Montg. Pap. spärlich und schwach entwickelt. Colostrum entleert sich spontan.

II. Schädellage. Keine Kunsthilfe. Ernährung durch Muttermilch. K. überstand im Wochenbett eine Mastitis, welche am 10., 11. u. 12. Tag Fieber bis zu 40,5° C. hervorrief. Unter entsprechender Behandlung (Absetzen des Kindes von der linken Brust, Auflegen von Carbolplatten, Abführmittel, Hochbinden der Brust) wurde der Übergang in Eiterung abgewendet und am 15. Tag konnte die Wöchnerie als Amme entlassen werden.

1885.

139 Geburten
6 Mastitis = 0 %
0 Inzisionen = 0 %

1886.

169 Geburten
3 Mastitiden = 1,77 %, davon 1 Erysipel
1 Incision = 0,58 %

6. Emilie R., 18 J., aufg. 2. III. 86, niedergek. 18. IV. 86. Keine vorangegangenen Geburten. Brüste gut entwickelt.

Warzenhof pigmentiert. Papillen prominent. Colostrum und Montg. Drüsen vorhanden. 1. Schaedellage. Keine Kunsthilfe. Ernährung durch Muttermilch.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
	36,8	36,9	37,2	36,6	36,6	39,8	38,8
Temperatur-	37,0	37,5	38,2	37,1	36,7	38,3	38,7
verlauf	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.	11. Tg.	12. Tg.	13. Tg.	
	36,8	40,0	39,7	37,1	36,5	36,3	
	37,7	39,9	39,2	37,0	36,7		

Am 14. Tage entlassen. Am 3. Tage zeigten sich Schrunden an der linken Brustwarze, welche, mit 5 % Carbollösung behandelt, bald verschwanden. Trotzdem trat am 8. Tage eine leichte Rötung der linken Brust auf, welche ungefähr den 4. Teil der Brust einnahm. Ein erhöhtes Schmerzgefühl war nicht vorhanden, nur steigerte sich die Temperatur bis auf 40°. Das Allgemeinbefinden war sehr gut. Die Diagnose wurde auf Erysipel der linken Brust gestellt, wahrscheinlich von einer ganz minimalen Schrunde ausgehend, da zur Zeit keine sichtbaren Schrunden vorhanden waren. Es wurden Carbolumschläge (3 %) gemacht, worauf das Erysipel sofort verschwand. Die Wöchnerin wurde daher vollständig gesund entlassen am 14. Tage.

7. Friederike G., 22 J., aufg. 21. IV. 86, niedegek. 3. V. 86, entl. 7. VI. 86. Vor 2 Jahren eine Geburt ohne Kunsthilfe. Ernährungsweise gemischt. Brüste sehr gut entwickelt. Warzenhof stark pigmentiert, Papillen klein. Montg. Drüsen und Colostrum vorhanden.

II. Schaedellage. Künstl. Blasenspreng. Anfangs Brust-, später Flaschenernährung.

Zuerst unbedeutende Schrunden an der linken Brustwarze. Obwohl die unbedeutenden Schrunden mit 5 % Carbollösung behandelt wurden, muss doch eine Infection stattgefunden haben. Die Wöchnerin erkrankte an einer Mastitis suppurativa, welche die unten verzeichnete Fieber-

temperatur hervorrief. Am 20. Tage wurde der Eiter durch Incision entleert. Die Wöchnerin wurde vollständig gesund am 7. VI. 86 entlassen.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
	37,8	36'6	37,2	37,2	37,2	37,7	36,7
		37,2	37,1	37,4	37,5	37,0	39,0
Temperatur-verlauf	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.	11. Tg.	12. Tg.	13. Tg.	14. Tg.
	39,2	38,2	38,5	38,0	38,5	39,5	38,4
	39,6	38,5	39,1	39,0	38,7	39,6	39,2
	15. Tg.	16. Tg.	17. Tg.	18. Tg.	19. Tg.	20. Tg.	
	38,6	38,0	38,1	37,9	37,9	38,5	
	39,0	39,1	38,0	39,3	39,7	38,2	

Das Kind wurde abgesetzt.

8. Minna G., 23 J., aufg. 8. VII. 86, niedergek. 14. IX. 86., entl. 4. X. 86. Keine vorangegangenen Geburten. Brüste schlaff und herabhängend, doch gut entwickelt, Warzenhof pigmentiert; Papillen sehr klein. Montg. Drüsen und Colostrum vorhanden. II. Schaedellage. Keine Kunsthilfe. Ernährungsweise: Zuerst Muttermilch, später Flasche.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
	37,0	36,6	36,6	36,9	36,7	36,9	37,0
Temperatur-verlauf	37,1	37,3	37,0	37,1	37,3	37,4	38,6
	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.				
	36,2	36,8	36,4				
	39,2	37,2					

Am 20. Tage entlassen (gesund).

Keine Empfindlichkeit des Bauches. Brüste und Brustwarzen zuerst etwas gerötet und schmerzhaft, daher Kind abgesetzt. Leichte Mastitis beiderseits. 20 % Carbolumschläge.

1887.

149 Geburten
0 Mastitiden = 0 %
0 Incisonen = 0 %

1888.

148 Geburten
1 Mastitis = 0,68 %
0 Incisionen = 0 %

9. Minna D., 25 J., aufg. 21. IV. 88, niedergek. 9. V. 88, entl. 23. V. 88. Keine vorangegangenen Geburten. Brüste gut entwickelt. Montg. Papillen nicht vorhanden, Warzen stark pigmentiert. II. Schädellage. Ein kurzer Dammriss mit 2 Nadeln genäht. Ernährungsweise: Flasche.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
	37,0	36,8	38,8	37,1	36,8	37,0	36,5
Temperatur-	37,1	39,0	38,8	37,6	38,1	37,9	38,5
verlauf.	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.	11. Tg.			
	37,8	37,2	38,6	37,0.			
	38,8	38,4	39,6				

Es besteht keine Empfindlichkeit des Bauches, Entzündung beider Mamma gleich am ersten Tage, am 2. Tage grosse Schmerzhaftigkeit, am 4. Tage nur geringe Schmerzhaftigkeit in der rechten Brust, am 7. Tage wieder rechte und linke Brust schmerzhaft; am 8. Tage entleert sich Eiter aus der rechten Brustwarzenstelle. Am 10. Tage sistiert die Eiterung. Es werden Carbolumschläge appliziert. Bei der Entlassung ist die Entzündung der Brüste fast vollständig geschwunden.

1898.

148 Geburten
2 Mastitiden = 1,35 %
0 Incisionen = 0 %

10. Auguste L., 28 J., aufg. 17. III. 89, niedergek. 16. V. 89, entlassen 27. V. 89. Keine vorangegangenen Geburten. Brüste gut entwickelt, Warzenhof pigmentiert, Brustwarzen klein, wenig prominent, Montg. Drüsen, Colostrum vorhanden. I. Schaedellage. Keine Kunsthilfe. Ernährungsweise: Brust.

Wochenbettverlauf:

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
Temperatur:	38,0	37,3	36,7	37,4	37,1	36,9	37,1
		37,8	37,6	38,6	37,8	37,8	37,5

8. Tg.	9. Tg.
36,8	36,9
37,6	

Diagnose: leichte Mastitis puerperalis.

11. Emilie St., 39 J., aufg. 30. IV. 89, niedergek. 3. VI. 89, entl. 13. VI. 89. 1 mal geboren (spontan). Kind durch Flasche genährt. Brüste schwach entwickelt. Warzen prominent, Warzenhof wenig pigmentiert, Montg. Pap., Colostrum vorhanden. I. Schädellage. Keine Kunsthilfe. Ernährungsweise: Flasche.

Wochenbettverlauf:

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.
Brüste u. Brustwarzen	normal, Warzen eingezogen		Brüste empfindlich	Mastitis nährt nicht
Temperatur:	37,2	37,1	37,3	33,7
	37,2	37,6	37,4	37,4

	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.
Temperatur:	36,4	37,1	37,5	36,8	36,6	36,7
	37,3	37,1	37,5	37,2	37,5	

1890.

152 Geburten

1 Mastitis = 0,66%

1 Incision = 0,66%

12. Marie S., 33 J., aufg. 30. VIII. 90, niedergek. 24. IX. 90, entl. 27. X. 90. Vorangegangene Geburten: 1 Mädchen, 1 Junge. 1. Geburt schwer. Ernährung durch Flasche. Brüste gut entwickelt. Warzenhof pigmentiert. Montg. Pap. Colostrum vorhanden, Warzen prominent. Zuerst II. Schädellage; als Vorderscheitellage geboren mit Übergang zur Stirnlage. Keine Kunsthilfe. Ernährungsweise: 7 Tage lang

durch die Brust, dann wegen Erkrankung der rechten Brust nebst Anlegen an die linke, die noch reichlich Milch liefert, Flasche. Am 12. Tage post partum zeigt die rechte Mamma Fluktuation. Es wird mit Scalpell inzidiert und eine fast hühnereigrosse Abscesshöhle eröffnet, aus der reichlicher, nicht übelriechender Eiter abfliesst, Ausspülung mit 20% Acid. Carbol, trockener Jodoformgazewatteverband, der dreimal täglich erneuert wird. Dann mit 7 g. essigsaurer Tonerdeverband. Die Höhle verkleinert sich rasch durch gute Granulationen. Keine Eiterung mehr. Von da an alle 2 Tage neuer trockener Verband. Die Wunde schliesst sich durch Granulationen immer mehr; vom 25. Okt. ab werden die Wundränder durch Heftpflasterstreifen aneinander gezogen. Am 27. Oktober wird die Wöchnerin S. mit einem Heftpflasterstreifenverband entlassen.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.
	37,3	36,9	37,0	37,1	37,2	37,1
	37,4	37,5	37,5	37,4	37,6	37,6
Temperatur-	7. Tg.	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.	11. Tg.	12. Tg.
verlauf	37,5	38,5	37,2	38,5	37,0	36,9
	39,5	38,3	37,8	39,4	37,5	37,2
	13. Tg.	14. Tg.	15. Tg.	16. Tg.	17. Tg.	18. Tg.
	37,9	37,2	37,3	37,0	36,9	36,8
		37,8	37,4	37,5	37,2	37,2

Am 6. Tage geringe Schmerzhaftigkeit und harte Infiltration beider Brüste, am 7. Tage linke Brust weniger schmerzhaft und infiltriert, am 8. Tage linke Brust frei von Beschwerden; rechte gerötet, hart, schmerzhaft, am 9. Tage sehr grosse Schmerzen in der rechten Mamma, am 10. Tage Schmerzen nicht mehr vorhanden, rechte Mamma stark gerötet, hart.

1891.

150 Geburten
1 Mastitis = 0,67 %
0 Incisionen = 0 %

13. Minna D., 26½ J., aufg. 20. VII. 91, niedergek. 27. IX. 91, entl. 9. X. 91. 2 × geboren, 1 × spontan, 1 × mit Wendung auf den Fuss. Beide Kinder durch Muttermilch ernährt, Brüste mässig entwickelt, Warzenhof schwach pigmentiert, Warzen wenig prominent, Montg. Pap. auf Druck reichlich sezernierend, Colostrum.

I. Schädellage. Keine Kunsthilfe. Ernährungsweise: Brust.

	1. Tag.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
	37,6	36,8	36,6	36,7	36,5	37,7	39,5
Temperatur-		37,2	37,6	36,9	36,4	40,1	38,9
verlauf	8. Tg.	9. Tg.				Mastitis	
	36,9	36,9					
	37,3	37,8					

Am 12. Tage gesund entlassen.

1892.

153 Geburten
0 Mastitiden = 0 %
0 Incisionen = 0 %

1893.

178 Geburten
1 Mastitis = 0,56 %
0 Incisionen = 0 %

14. Anna P., 18 J., aufg. 5. III. 93, niedergek. 5. III. 93, entl. 13. III. 93. Keine vorangegangenen Geburten. Beschaffenheit der Brüste: normal. Kam kreissend in die Anstalt. II. Schädellage. Keine Kunsthilfe. Ernährung durch Brust.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
	37,3	36,8	37,0	37,6	37,0	37,0	38,5
Temperatur	37,6	37,0	37,0	37,4	37,4	37,5	39,9
u. Brüste	8. Tg.	9. Tg.					Mastitis
	37,8	38,0					
	38,5						

Respirationsorgane gesund. Uterus gut zurückgebildet. Wird auf Wunsch bis auf die Mastitis gesund entlassen.

1894.

184 Geburten
1 Mastitis = 0,54 %
0 Incisionen = 0 %

15. Johanna M., 25 J., aufg. 8. VII. 94, niedergek. 1. VIII. 94, entl. 21. VIII. 94.

1 × geboren spontan, Kind tot.

Brüste gut entwickelt, Warzenhöfe gross, dunkelbraun, Warzen gut prominent, zahlreiche Papillen, auf Druck Colostrumentleerung.

I. Schädellage. Kunsthilfe 0. Ernährung durch Brust.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
	38,5	36,7	36,4	36,9	36,3	36,9	36,3
	37,4	36,5	36,8	37,1	36,6	37,1	36,9
	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.	11. Tg.	12. Tg.	13. Tg.	
Temperatur	36,6	36,4	37,9	39,7	39,6	39,2	
	36,8	36,8	38,8	38,8	40,1	38,3	
	14. Tg.	15. Tg.	16. Tg.	17. Tg.			
	36,9	37,0	36,6	36,3			
	39,8	36,9	36,8				

Normales Wochenbett, weshalb die Wöchnerin am 10. Tage aufstehen darf. Tags darauf klagt sie über heftigen Kopfschmerz und Schmerzen in der rechten Brust. Diese ist entzündlich gerötet und im rechten oberen Quadranten zeigt dieselbe eine harte Resistenz, die schon bei der leisesten Berührung äusserst schmerzhaft ist. Aufbinden der Brust und Carbolumschläge. Am 4. Tage ist die Entzündung verschwunden, hingegen tritt am Abend desselben Tages wieder Fieber auf, herrührend von einer Entzündung der linken Brust. Am 21. VII. 94 gesund entlassen.

1895.

238 Geburten
3 Mastitiden = 1,26 %
1 Incision = 0,42 %

16. Emilie K., 25 J., aufg. 11. XII. 94, niedergek. 19. II. 95, entl. 12. III. 95. 1 Geburt normal. Brust und Flaschenernährung. Brust gut entwickelt, gelappt. Warzenhöfe pigmentiert, Warzen prominent. Auf Druck Colostrum. II. Schädellage. Keine Kunsthilfe.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
	37,0	36,8	36,8	37,0	36,9	37,0	37,0
Temperatur-		37,0	36,7	36,8	37,2	38,2	37,0
verlauf	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.				
	36,8	36,9	36,6				
	37,2	37,0	36,8				

Am 5. Tage bildet sich rechts eine Mastitis aus, links geringe Entzündung. Respirationsorgane normal. Verdauung mangelhaft, daher Einlauf und Calomelgaben nötig. Am 11. Tage wird die Wöchnerin zur Behandlung der Mastitis in die chir. Klinik geschickt, woselbst die Incision gemacht wird.

17. Olga P., 25 J., aufg. 2. I. 95, niedergek. 25. II. 95, entl. 15. III. 95. I para. Brüste gut entwickelt, gelappt, Warzenhöfe klein, schwach pigmentiert. Warzen prominent. Montg. Papillen und Colostrum vorhanden.

II. Schädellage. Tiefstand der grossen Fontanelle. Wegen dieses Tiefstandes der grossen Fontanelle Lagerung auf die rechte Seite; darnach erfolgt Tiefertreten und Vorwärtsdrehen der kleinen Fontanelle.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
	37,5	37,0	36,6	37,0	37,4	37,5	36,8
Temperatur-		36,8	37,3	37,5	38,0	37,8	37,3
verlauf	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.				
	36,6	37,5	37,0				
	37,3	37,7	37,5				

Nahrung ist reichlich vorhanden; die rechte Brust ist vom 8. bis 10. Tag entzündet, feuchte Compressen auf die Brust. Respirationsorgane normal. Im linken Parametrium besteht eine schmerzhafte Stelle. Lochien dauernd mehr oder minder übelriechend.

18. Minna P., 35 J., aufg. 17. IV. 95, niedergek. 8. V. 95, entl. 29. V. 95. 1 Geburt. Totgeborenes Kind. Eklampsie. Brüste gut entwickelt, Warzenhöfe gross, stark pigmentiert. Montg. Pap., Warzen prominent, Colostrum.

II. Schädellage. Frau bekommt wiederum eklamptische Anfälle. Extraktion mit Zange.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
	36,8	36,7	36,5	37,4	36,5	36,5	36,7
Temperatur-	37,0	36,9	37,6	37,6	36,8	36,9	37,2
verlauf	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.				
	36,5	37,1	36,6				
	37,0	36,9	36,7				

Während der ersten 3 Tage Albumen im Urin, Blasenausspülung 2 Tage lang wegen Cystitis. Entzündung der rechten Brust. Carbolumschläge.

Gesund entlassen am 29. V. 95.

1896.

209 Geburten
0 Mastitiden = 0 %
0 Incisionen = 0 %

1897.

209 Geburten
1 Mastitis = 0,48 %
0 Incisionen = 0 %

19. Auguste M., 18 J., aufg. 15. I. 97, niederg. 5. II. 97, entl. 14. II. 97; I-para. Brüste gut entwickelt, Drüsen gelappt. Warzen prominent, Höfe pigmentiert, Montg. Pap. u. Colostrum vorhanden. II. Schädellage. Keine Kunsthilfe.

Brüste etwas entzündet und geschwollen, Hochbinden derselben und Umschläge.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
	37,0	38,1	37,5	37,4	37,3	37,5	37,6
Temperatur-		37,9	38,1	38'3	38,1	37,9	37,8
verlauf	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.				
	37,7	37,5	36,5				
	37,9	37,0					

Gesund entlassen. Resp., Verdauung normal.

1898.

242 Geburten
2 Mastitiden = 0,83 %
0 Incisionen = 0 %

20. Friederike N., 21 J., aufg. 31. XII. 97, niedergek. 21. I. 98, entl. 1. II. 98; I-para. Brüste gut entwickelt. I. Stirnalge. Durch Herabholen des Kinnes wurde die Stirnlage in eine Gesichtslage umgewandelt.

Das Kind wurde spontan in Gesichtslage geboren.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
	36,8	36,9	36,8	36,6	37,1	38,5	37,0
Temperatur-		36,8	37,2	37,2	37,3	39,8	37,9
verlauf	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.				
	36,2	36,6	36,9				
	37,0	36,8	37,0				

In der Nacht vom 5. zum 6. Wochenbettstage bekam die Wöchnerin leichten Schüttelfrost und verspürte heftige Schmerzen in der linken Brust. Die linke Brust ist geschwollen und fühlt sich heisser an als die rechte. Schrunden an der Warze. Nach oben von der Warze eine härtere Stelle, welche stark druckempfindlich ist. Feuchte Carbolumschläge auf die linke Brust. Kind wird abgesetzt. Die Brust schwillt ab, die Entzündungserscheinungen gehen zurück. Temperatur fällt. Am 10. Tg. zeigt die Brust regelrechtes Verhalten. Das Stillgeschäft wird wieder aufgenommen.

21. Agnes M., 23 J., aufg. 15. X. 98, niedergek. 17. X. 98, entl. 1. XI. 98; I-para. Brüste gross, starker Pannus adiposus. Drüsengewebe schlecht, Warze leidlich. I. Schädellage. Keine Kunsthilfe.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
	36,4	36,2	35,6	36,4	37,3	35,7	37,0
Temperatur-	36,7	36,5	35,3	37,0	36,6	37,8	37,5
Verlauf.	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.				
	38,1	38,9	36,4.				
	39,4	38,4	36,7.				

In der Nacht vom 7. zum 8. Wochenbettstage stellte sich ein heftiger Schüttelfrost ein. Am folgenden Tage Schmerzen in der linken Brust, umschriebene Rötung, Infiltration eines Drüsenlappens, sowie eine leichte Schrunde an der Brustwarze. Hochbinden der Mamma — Eisblase. Nach 2tägiger Behandlung Beschwerden verschwunden. Die Rückbildung des Uterus macht schlechte Fortschritte. Ein am 2. Wochenbettstage eingetretener akuter Bronchialkatarrh wird erfolgreich mit Priessnitz'schen Umschlägen (Tct. Opii benfoica u. Lig. Ammonii aa) behandelt. Die Wöchnerin wird am 1. XI. gesund entlassen.

1899.

279 Geburten
1 Mastitis = 0,36 %
0 Incisionen = 0 %

2. Auguste V., 34 J., aufg. 28. XII. 99, niedergek. 11. I. 00; IV-para. Diagnose: I. Schädellage Gemini? 1. Kind spontan, 2. durch Wendung auf den rechten Fuss und Extraktion. 5. Tag des Wochenbetts: linke Brust gerötet und geschwollen. Hohlwarze, Hochbinden, Priessnitz.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
		36,6	36,6	36,8	37,2	36,6	37,3
Temperatur-	37,0	36,8	36,8	37,3	37,2	37,5	37,5
Verlauf.	8. Tg.	9. Tg.					
	37,6	37,6.					
	37,2	37,0.					

1900.

242 Geburten
3 Mastitiden = 1,24 %
0 Incisionen = 0 %

23. Bertha T., 23 J., aufg. 3. II. 1900, niedergek. 11. III. 1900; I-para. II. Schädellage. Keine Kunsthilfe. Am 11. Tg. des Wochenbetts stellte sich gegen Mittag Frost, Kopfweh und Erbrechen ein. Eisblase. Temperaturanstieg bis 40,3., Am 12. wiederum Frost. Am 14. Tg. lässt sich eine Infiltration der linken Mamma aussen oben konstatieren. Am 17. Tg. wiederum Schüttelfrost. Am 18. Tg. Infiltration geringer, jedoch noch Rötung rechts von der linken Mamma. Eisblase, Verband.

Temperatur bis zum 11. Tg. normal. Von da ab

	11. Tg.	12. Tg.	13. Tg.	14. Tg.	15. Tg.	16. Tg.
	36,8	40,0	38,8	38,4	40,8	37,0
	40,3	39,1	37,8	40,1	38,4	37,2
Temperatur-	17. Tg.	18. Tg.	19. Tg.	20. Tg.	21. Tg.	22. Tg.
Verlauf.	37,2	38,0	36,5	36,5	37,0	37,2
	40,4	38,0	37,1	36,8	38,0	37,4
	23. Tg.	24. Tg.	25. Tg.	26. Tg.		
	37,4	36,8	37,2	36,1.		
	37,8	36,2	38,2	36,5.		

24. Alwine J., 29 J., aufg. 19. I. 00, niedergek. 24. III. 00; II-para. I. Schädellage. Keine Kunsthilfe. Am 5. Tg. eitrige Brust, gerötet, schmerzhaft.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
		36,6	36,6	37,5	36,8	36,8	36'8
Temperatur-	37,0	36,8	37,4	36,9	36,8	37,1	36,6
Verlauf.	8. Tg.	9. Tg.					
	36,6	36,2.					
	36,4	36,6.					

25. Auguste W., 25 J., aufg. 14. III. 00, niedergek. 1. IV. 1900; I-para. Brüste sehr schlaff. Warzenhof pigmentiert.

Warze eingezogen. Am 4. Tage stellt sich eine Mastitis rechts ein. Eisblase auf die Brust. Am 9. Tage ist die Mastitis zurückgegangen. Ulcus an der Warze.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
	37,1	36,8	36,6	36,6	38,2	37,2	37,6
Temperatur-	36,8	37,6	37,0	37,6	38,6	37,2	37,1
Verlauf.	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.	11. Tg.	12. Tg.		
	37,4	37,2	36,9	37,0	36,8.		
	37,0	37,0	36,8	37,2	37,0.		

1901.

283 Geburten
5 Mastitiden = 1,77 %
1 Incision = 0,35 %

26. Anna W., 23 J., aufg. 23. II. 01, niedergek. 22. IV. 1901, entl. 1. V. 01. 1. Geburt normal. I. Schädellage, Geburtsverlauf normal. Brüste gut entwickelt. Während des Wochenbetts sind die Brüste etwas entzündet.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
	36,6	36,5	36,6	36,8	36,4	36,6	36,5
Temperatur-		36,9	36,8	37,1	36,8	36,6	36,7
verlauf	8. Tg.						
	36,6						
	36,8						

27. Lina L., 27 J., aufg. 2. VII. 01, niedergek. 2. VII. 01, entl. 15. VII. 01. I. Geburt ohne Kunsthilfe.

Brustdrüsen gut entwickelt, Warzen wenig prominent. Warzenhof stark pigmentiert. Auf Druck beiderseits Colostrum. I. Schädellage. Keine Kunsthilfe. Wochenbett bis zum 5. Tage normal. Vom 5.—8. Tag Fiebererscheinungen, durch Mastitis hervorgerufen. Brüste stark geschwollen. Vom 8. Tage ab normaler Befund.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
	37,1	36,8	36,8	36,8	38,6	37,5	39,8
Temperatur-	37,1	36,8	37,0	37,1	36,6	37,5	39,8
verlauf	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.	11. Tg.	12. Tg.	13. Tg.	
	38,6	36,6	36,9	36,8	36,6	36,8	
	39,1	37,2	37,1	36,8	37,2	36,6	

Am 5. Tage Brüste geschwollen und schmerzhaft; hochgebunden, Eisblase, Ricinus, heisse Ausspülungen, da Lochien etwas riechend, Ausstrichpräparat und Kulturen negativ.

Am 8. Tg. beide Brüste gespannt, äusserst schmerzhaft, heiss, rot verfärbt. Fluctuation nirgends nachweisbar.

28. Friederike W., 36 J., aufg. 1. VI. 01, niedergek. 3. VII. 01, entl. 14. VIII. 01.

Acht vorausgegangene Geburten ohne jede Kunsthilfe. Brüste schlecht entwickelt. Warzenhof stark pigmentiert, Warze gut prominent. Auf Druck kein Colostrum. Zuerst II. Querlage, spontane Geburt in I. Schädellage. Vom 3.—6. Tag des Wochenbetts leichtes Fieber, das auf eine Entzündung der Mamma zurückzuführen war, die nach entsprechender Behandlung vollkommen zurückgeht. Am 12. Tg. entlassen.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.*)	4. Tg.**)	5. Tg.†)	6. Tg.	7. Tg.
	37,0	36,2	37,4	37,6	37,6	36,8	36,8
Temper.	37,3	36,8	38,2	38,0	38,0	37,6	36,9
Verlauf	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.	11. Tg.	12. Tg.		
	36,2	36,4	36,2	36,2	36,0		
	36,6	36,2	36,2	36,2			

29. Luise L., 21 J., aufg. 13. IX. 01, niedergek. 28. IX. 01, entl. 7. X. 01. Keine vorausgegangenen Geburten. Brüste sehr gut entwickelt, sehr viel Drüsengewebe. Auf starkes Drücken entleert sich Colostrum. Warzenhof gut pigmentiert. Warzen gut abgesetzt. Geburt in I. Schädellage spontan. Wochenbett:

*) Leib nicht schmerzhaft. **) Brüste sehr hart. †) Im Bereich des rechten Warzenhofes kleine Eiterpusteln. Warzenhäutchen auf r. Brust.

4. Tg. starke Rötung und Schwellung beider Brüste, die auf Verband mit essigs. Tonerde zurückging.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
	37,5	36,2	36,2	36,8	36,4	36,6	36,4
Temperatur-		36,8	37,0	38,0	36,6	36,9	36,4
verlauf	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.				
	36,4	36,5	37,1				
	36,7	37,0	37,0				

30. Elise W., 28 J., aufg. 12. X. 01, niedergek. 24. XI. 01, entl. 18. XII. 01. 2 Geburten ohne Kunsthilfe vorausgegangen.

Hängebrüste mit mässig ausgebildeter Drüse. Warzenhof 5 Markstück gross, Warze schlecht abgesetzt, Colostrum lässt sich nicht ausdrücken. Phlebektasieen an beiden Brüsten. Geburt in Schädellage. Das Wochenbett verlief fieberfrei bis zum 14. Tage; hier erfolgte etwas Fieber 37,6°, indem die linke Brust unter der Warze hart anschwoll und schmerzhaft wurde. Durch Behandlung mit Eis und Hochbinden wurde allmählich das Knötchen kleiner. Am 19. Tage war die Umschmelzung in Eiter unter heftigem Fieber erfolgt. Nach Entleerung des Eiters durch Incision, Abnahme des Fiebers.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
	37,0	36,6	37,0	37,4	37,1	37,0	37,2
Temperatur-	37,4	37,4	37,6	37,6	37,4	37,4	37,4
verlauf	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.	11. Tg.	12. Tg.	13. Tg.	
	37,0	37,0	37,3	37,3	36,8	37,4	
	36,8	37,3	37,2	37,2	37,0	36,6	
	14. Tg.*)	15. Tg.	16. Tg.**)	17. Tg.	18. Tg.	19. Tg.†)	
	37,2	37,0	37,0	37,0	36,2	37,2	
	37,4	36,4	37,1	37,0	37,0	39,2	

*) Linke Brust: nahe der Warze eine umschriebene Haselnussgrosse, schmerzhafte, harte Schwellung, Eis, Hochbindung, Bettruhe, Rizinus.

**) Knötchen kleiner, nicht mehr so hart; Stillen mit Warzenhütchen.

†) ½ 7 h. Collaps: Kopfschmerzen, Schwindel, Angstgefühl, Puls klein, unregelmässig. 2 Spritzen Äther, Cognac, Hochlagerung der Füsse.

	20. Tg.*)	21. Tg.	22. Tg.	23. Tg.
Temperatur-verlauf	37,0	37,6	37,1	36,6
	37,8	37,4	37,2	36,8

1902.

280 Geburten
2 Mastitiden = 0,71 %
0 Incisionen = 0 %

31. Frieda H., aufg. 11. XII. 01, niedergek. 19. XI. 01, entl. 6. I. 02. 2 vorangegangene Geburten. 1898 spontan geboren, Wochenbett fieberfrei, 1899 ebenfalls spontan geboren, 14 Tage Fieber im Wochenbett. — Mammae pendulae mit ziemlich reichlichem Drüsengewebe. Warzenhof klein, handtellergross, stark pigmentiert. Trichterwarzen. Colostrum. I. Schädellage spontan, Dammriss 1. Grades, durch Naht geschlossen. Wochenbett: Vom 8. Tage an Temperatursteigerung bis 39,2. Abdomen nicht druckempfindlich. Linke Brust schmerzhaft, gerötet. Behandlung mit Eis; am 12. Tg. Abfall der Temperatur, von da an normal. Aufstehen am 16. Tg., entl. mit Temp. von 36,3.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg[1].)
	36,8	36,8	36,4	36,6	36,1	36,4	37,5
	36,6	36,6	36,8	36,4	36,8	36,5	36,9
Temperatur-	8. Tg.[2])	9. Tg.	10. Tg.[3])	11. Tg.	12. Tg.	13. Tg.	
Verlauf	36,6	38,2	38,0	38,4	38,0	35,8	
	39,2	37,0	37,6	38,0	37,2	36,4	
	14. Tg.	15. Tg.	16. Tg.				
	36,0	36,7	36,4				
	36,6	36,6	36,4				

*) Incision und Entleerung reichl. Eiters.

1) Schmerzen in der linken Brust; Hochbinden, Borumschläge.

2) Zunehmen der Schmerzen, Rötung. Eis Priessnitz.

3) Secretion in der linken Brust wieder eingetreten. Bitterwasser. Secretentnahme nach Doederlein: 1. Ausstrichpräparat negativ; 2. Kulturen negativ.

32. Lina M., 28 J., aufg. 2. XII. 01, niedergek. 23. XII. 01, entl. 9. I. 02. 3 vorangegangene Geburten ohne Kunsthilfe.

Kleine sehr straffe, feste Brüste. Warzenhof wenig pigmentiert, Warze gross, erektil ohne Schrunden. Reichlich Colostrum. I. Schädellage spontan. Am 1. Tg. Temperatursteigerung bis 38,3. Die linke Brust gerötet, Lochien übelriechend.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.[1])	7. Tg.[2])
	37,2	37,6	37,1	37,6	37,0	36,2	36,3
Temperatur-	38,2	37,5	37,3	37,5	37,5	36,4	36,4
Verlauf	8. Tg.[3])	9. Tg.[4])	10. Tg.	11. Tg.[5])	12. Tg.	13. Tg.	
	37,4	38,1	36,3	36,6	36,6	36,4	
	38,0	38,8	36,4	37,4	36,6	36,8	

1903.

1 Adolfine R., 25 J., aufg. 13. I. 03, niedergek. 28. III. 03, keine vorausgegangene Geburten.

Brüste gut entwickelt, etwas hängend. I. Schädellage. Drohende Ruptura uteri (quer). 3 Spritzen Ergotin, 3 Spritzen Kampher, Kochsalzinfusion Haemorrhagia gravis. Irrtümlicherweise wurde durch einen Kandidaten eine Infusion von 250 ccm Kochsalzlösung in die rechte Mamma gemacht. Diese vereiterte und wurde am 3. IV. 03 incidiert; am 3. IV. Erweiterung der Incisionsstelle im inneren oberen Quadranten. 6. IV. auf septische Station verlegt.

1) Übelriechende Lochien, Ausspülungen, Secale.

2) Heisse Spülung.

3) Secale, heisse Spülung.

4) Linke Brust stark gerötet, hart; übelriechende Lochien. Bauch nirgends druckempfindlich. Secretentnahme nach Doederlein: 1. Ausstrichpräparat negativ; 2. Culturen negativ. Auf der rechten Brustwarze eine Bisswunde.

5) Rötung und Schmerzhaftigkeit der rechten Brust geht zurück.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
	37,2	37,8	37,3	37,1	37,0	37,0	37,1
Temperatur-	38,4	37,6	37,8	37,6	37,7	40,0	37,4
verlauf	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.	11. Tg.			
	37,4	37,2	37,5	37,0			
	38,2	38,0	38,0	38,0			

Am 6. Tg. Mammaabscess rechts; am 7. Tg. Incision; am 9. Tg. Incision erweitert.

2. Adele P., 17 J., aufg. 30. III. 03, niedergek. 28. IV. 03, entl. 20. V. 03, keine vorangegangenen Geburten. Mammae aufsitzend, gut entwickelt; rechte Mamma erektil, links leicht hervorzuziehende Hohlwarze. Anfangs Schieflage. Wegen frühen Blasensprungs und Schieflage Metreuryse. Wegen Contractionsrings: Forceps.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.
	37,4	37,0	36,8	36,8	37,3	37,1
	38,0	37,4	38,1	38,0	38,4	37,8
		Oedem der hinteren Vaginalwand				
	7. Tg.	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.	11. Tg.	12. Tg.
	36,6	36,5	35,8	36,0	36,6	36,7
Temperatur-	36,8	36,8	36,0	36,4	36,7	38,0
verlauf	13. Tg.	14. Tg.	15. Tg.	16. Tg.	17. Tg.	18. Tg.
	36,8	37,0	38,4	39,2	36,4	36,2
	36,6	37,4	40,4	37,5	36,9	36,2
			Mastitis			
	19. Tg.	20. Tg.	21. Tg.	22. Tg.	23. Tg.	
	36,0	36,2	36,6	36,3	36,6	
	36,8	36,5	36,4	36,8	36,4	

Schwellung und Rötung der linken Mamma geht unter Eisblase zurück. 40,5° C. am 15. Aug. Scheidenplastik tadellos geheilt.

3. Sophie K., aufg. 16. VII. 03, niedergek. 4. VII. 03, entl. 19. VII. 03. Eine Geburt vorausgegangen. Mammae pendulae, geringe Pigmentierung, Warzen erektil, Colostrum. Geburt spontan (Sturzgeburt). Am 7. u. 8. Tage Temperatursteigerungen auf 39,0 im Rectum. Die linke Brust in der unteren Hälfte gerötet und derb infiltriert. Die linke Warze mit grossen Schrunden.

Behandlung: Eisblase, Absetzen des Kindes, Auflegen eines Lappens mit Perubalsam. Die Infiltration ging ohne Einschmelzung zurück.

	1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.
	36,7	36,5	36,8	36,5	37,0	37,0	38,6
Temperatur-	36,6	36,7	36,4	37,4	37,5	37,8	39,0
verlauf	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.	11. Tg.	12. Tg.	13. Tg	
	39,0	37,5	37,6	37,4	37,7	37,4	
	37,5	37,7	37,4	37,8	37,5	37,6	
	Mastitis						

4. Martha D., 22 J., aufg. 15. V. 03, niedergek. 23. VI. 03, keine vorausgegangenen Geburten.

Mammae flach aufsitzend, Drüsengewebe gut entwickelt, Warzenhof markstückgross, schwach pigmentiert; bds. Colostrum. Venennetz auf den Mammae gut entwickelt. I. Schädellage spontan.

In den ersten drei Tagen post partum Appetit gering, am 4. Tage Lochien etwas übelriechend, heisse Spülung auch in den folgenden Tagen, vom 5. Tage ab fieberfrei, am 8. Tage plötzlich Schüttelfrost. Secretentnahme ergibt im Uterus: Streptococcen sehr spärlich, Diplococcen reichlich, wenig Stäbchen, viel dünnes Secret.

(Folgt Tabelle auf Seite 36.)

Temperatur.

1. Tg.	2. Tg.	3. Tg.	4. Tg.	5. Tg.	6. Tg.	7. Tg.	8. Tg.	9. Tg.	10. Tg.
37,0	37,2	37,5	37,3	37,5	37,5	37,3	37,5	37,8	37,5
37,9	37,5	37,7	37,9	37,9 Mamma links wund 1% Arg. nitr.	37,6	37,6	40,5 *Schüttelfrost* Secret-ent, Agar-kultur nur sehr spärlich	38.6	38,3 8000 Leuco-cyten

11. Tg.	12. Tg.	13. Tg.	14. Tg.	15. Tg.	16. Tg.	17. Tg.	18. Tg.	19. Tg.	20. Tg.
37,3	38,2	39,1	39,2	37,2	38,2	39,3	37,5	37,5	37,9
39,2 9700 Leucoc. subj. Wohl-befinden	39,9 *Masti-tis dextra* Mund d. Kind. enthält Staphy-lo-coccen	40,4 6000 L. Mamma secret R. mit Warzen-sauger: wenig Stäb-chen u. einige Coccen	40,1 9100 L.	39,4 Secret-entn. Strich-präp. negativ, Kultur. steril, Mamma dextra schmerzt	39,5 11200 L.	39,8 10800 L. Mamma Incision in Chlorof.-Nark.	38,9 7500 L.	38,2 8000 L.	38,2 9300 L.

21. Tg.	22. Tg.	23. Tg.	24. Tg.	25. Tg.	26. Tg.	27. Tg.	28. Tg.	29. Tg.	30. Tg.
37,9	38,2	38,4	37,4	37,5	37,6	37,6	37,6	37,6	36,8
38,9 9900 L.	38,8 10100 L.	38,3 14900 L. II. Incis. d. Mam-ma dex-tra Staphyl.	37,9 12000 L.	38,1 7900 L. 6200 L.	38,1	38,1 4700 L.	38,3 8500 L.	37,9 9450 L. Aufsteh.	37,6 6500 L.

31. Tg.	32. Tg.	33. Tg.	34. Tg.	35. Tg.	36. Tg.	37. Tg.	38. Tg.	39. Tg.	40. Tg.
37,5	37,8	37,3	36,7	36,9	36,8	36,9	36,8	36,8	36,5
38,2 6700 L.	38,4 9400 L. Incis. d. Mamma sinistr.	37,2 6500 L.	37,1 7300 L.	37,5 6100 L.	37,5 4600 L.	37,4 4600 L.	37,8	36,9	36,5

41. Tg.	42. Tg.	43. Tg.	44. Tg.	45. Tg.	46. Tg.	47. Tg.	48. Tg.	49. Tg.	50. Tg.
36,5	36,5	36,3	36,4	36,3	36,8	37,2	36,6	36,6	36,4
36,5	37,3	36,8	36.4	36,3	37,2	34,2	36,6	37,5	37,0

51. Tg.	52. Tg.	53. Tg.	54. Tg.	55. Tg.	56. Tg.	57. Tg.	58. Tg.	59. Tg.	60. Tg
36,8	36,8	36,8	37,0	36,9	39,4	37,0	36,6	36,7	36,6
37,2	36,8	37,9	39,0 Verbd.-Wechsel	39,4 Collaps. Camph.	37,4	37,2	36,6	36,6	

Im Anschluss hieran sei es mir gestattet, einige Zahlen und Zusammenstellungen anderer Kliniken und Gebäranstalten anzuführen, um dann eine prozentuarische Berechnung der Mastitis-Fälle an der Greifswalder Klinik anreihen zu dürfen.

Fehling (Physiologie und Pathologie des Wochenbetts 1897) beobachtete an der Stuttgarter Hebammenanstalt: unter 3738 stillenden Frauen 119 (3,18 °/₀ Mastitis, die bei 23 (0,6 °/₀) zur Vereiterung kamen.

In Basel hatte *Fehlings* auf 2875 stillende Frauen 0,7 °/₀ Mastitis supp.; in Halle auf 878 stillende Frauen 1,93 °/₀ Mastitis incipiens, Mastitis suppurativa 0,56 °/₀. *Olshausen* (Lehrbuch d. Geburtsh. 1899) beobachtete an der Hallenser Klinik in den Jahren 1883—1886 unter 972 Wöchnerinnen 31 zweifellose Mastitiden, unter welchen nur 6 mal Eiterung auftrat, also 3,18 °/₀ bezw. 0,64 °/₀.

Kehrer beobachtete unter 1150 Wöchnerinnen 33 Fälle von Mastitis parenchymatosa. Davon abscedierten 3, also 2,95 °/₀ bezw. 0,16 °/₀. *v. Winckel* berechnet die Prozentzahl der Wöchnerinnen, die Mastitis durchzumachen haben, auf 6 (natürlich nur in der Entbindungsanstalt, davon sollen 67 °/₀ Erstgebärende sein. *Suffert* (Einfluss der Antisepsis auf die Häufigkeit des Vorkommens von Mastitis (Marb. Klinik Diss.) berichtet aus der Marburger Klinik über die Mastitiden der Jahre 1867—1887. Hier wurden unter 3389 Wöchnerinnen 111 von Mastitis befallen (3,27 °/₀). Davon gelangten zur Abscedierung 40, also beinahe 1,18 °/₀; dabei ist die vorantiseptische Zeit nicht ausser acht zu lassen. Vom Jahre 1885 findet sich überhaupt keine Abscedierung mehr. *Rubeska* in Prag (Zur Behandlung von wunden Warzen und Mastitiden im Wochenbett, Gynäk. Archiv Bd. 58, 1899) hatte unter 3152 stillenden Wöchnerinnen 17 Mastitiden = 0,54 °/₀, davon vereiterten 2 = 0,063 °/₀ der Wöchnerinnen.

Gundert gibt über die Zahl der Mastitiden in der Würzburger Frauenklinik folgendes an: Er stellte fest, dass von 4879 Wöchnerinnen 75 von Mastitis befallen wurden, also 1,53 %, von denen 4 abscedierten, also 0,082 %.

Berechnen wir nun die Fälle von Mastitis an der Greifswalder Frauenklinik prozentuarisch, so finden wir, da unter 3958 Wöchnerinnen 36 Mastitiden auftraten, von denen 7 incidiert wurden: 0,99 % Mastitiden und 0,177 Incisionen. Im Gegensatz zu dem Resultat in der Würzburger Klinik, wo bei den 75 an Mastitis erkrankten 43 Erstgebärenden festgestellt wurden, ist an der Greifswalder Frauenklinik unter den Mastitiserkrankungen die Zahl der Erst- und Mehrgebärenden gleich. Es waren von 36 Wöchnerinnen 18 Mehrgebärende, die von Mastitis befallen wurden. Unter den 36 Fällen findet sich ein Fall von Erysipel, das nach Behandlung mit Carbolumschlägen von selbst zurückgegangen ist.

Betrachten wir die Zahl der Mastitiden in den einzelnen Jahren, so finden wir die höchste Zahl im Jahre 1901, wo unter 283 Wöchnerinnen 5 Mastitiden auftraten, bei denen allerdings nur einmal Incision nötig war. Dann folgt das Jahr 1903, wo in der Zeit vom 1. Januar bis Oktober bereits 4 Fälle aufzuweisen waren, von denen sogar 2 vereiterten. Im ganzen genommen ist der Unterschied in den einzelnen Jahren kein sehr grosser. Die günstigsten Jahre sind 1885, 87, 92, 96, wo sich überhaupt keine Mastitis zeigte; dann folgen die Jahre 1884, 88, 90, 91, 93, 94, 97, 99 mit je einer Mastitis. Der allgemeine Prozentsatz während der 20 Jahre stellt sich mit den Resultaten anderer Kliniken verglichen, als sehr günstig heraus, nur stimmt der Befund nicht mit der allgemeinen Annahme überein, dass sich die Mastitis häufiger bei Erstgebärenden zeigt. Dies lässt sich aber erklären aus der verhältnismässig geringen Anzahl von Fällen, die die Journale der Greifswalder Frauenklinik während der 20 Jahre bieten.

Es folgt nun eine Uebersichtstabelle:

Übersicht.

Jahr	Zahl der Geburten	Zahl der Mastitiden	Zahl der Incisionen	Mastitiden pro 100	Incisionen pro 100
1883	128	4	1	3,125	0,78
1884	138	1	0	0,724	0
1885	149	0	0	0	0
1886	169	3	1	1,77	0,58
1887	149	0	0	0	0
1888	148	1	0	0,68	0
1889	148	2	0	1,35	0
1890	152	1	1	0,66	0,66
1891	150	1	0	0,67	0
1892	153	0	0	0	0
1893	178	1	0	0,56	0
1894	184	1	0	0,54	0
1895	238	3	1	1,26	0,42
1896	209	0	0	0	0
1897	209	1	0	0,48	0
1898	242	2	0	0,83	0
1899	279	1	0	0,36	0
1900	242	3	0	1,24	0
1901	283	5	1	1,77	0,35
1902	280	2	0	0,71	0
1903	140	4	2	2,85	1,43

1. Jan.—1. Okt.

	Mastitis	Sie abscedierten in
Fehling, Stuttgart. Anstalt	3,18 %	0,6 % d. Wöchnerinnen
„ Basel	?	0,7 % „
„ Halle	1,93 %	0,56 % „
Olshausen, Halle 1883-86	3,18 %	0,64 % „
Kehrer, Heidelberg	2,95 %	0,26 % „
v. Winckel	6,0 %	?
Marburg 1867—1887	3,27 %	1,18 % „
Würzburg 1889—1899	1,53 %	0,082 % „
Prag (Rubeska)	0,54 %	0,063 % „
Greifswald	0,99 %	0,177 % „

Dieses gute Resultat der Greifswalder Frauenklinik, das zweitgünstigste von allen statistischen Zusammenstellungen oben angeführter Institute, ist wohl zurückzuführen auf die überaus sorgfältige Prophylaxe und die streng durchgeführte Therapie, die während der angeführten Jahre 1883—1902 incl. in der Greifswalder Frauenklinik bobachtet wurden.

Ehe ich auf die in Greifswald geübte Prophylaxe und Therapie bei Mastitis zu srpechen komme, bitte ich, kurz die heute allgemeinen Anschauungen über die Behandlungsweise der Mastitis besprechen zu dürfen.

Olshausen sagt: „Die Therapie ist für den Verlauf der Mastitis meistens von entscheidendem Einfluss." Die prophylaktische Behandlung besteht nach ihm in Reinhaltung der gesunden und zweckmässiger Desinfektion wunder Warzen, besonders nach Anlagen des Kindes; dabei ist ebenfalls gründliches Reinigen des kindlichen Mundes nicht ausser acht zu lassen. Ist trotzdem eine Mastitis aufgetreten, so ist der wichtigste Schritt das schleunige Absetzen des Kindes, da ein Säumen fast stets zur Eiterung führt.

Olshausen glaubt durch rechtzeitiges Absetzen drei Viertel aller Fälle zu coupieren. Weitere therapeutische Massnahmen neben dem Absetzen des Kindes sind das Anlegen eines Suspensorium mammae, Abführmittel und bei oberflächlich sitzender Entzündung Eisblase. Bei länger als 36 Stunden anhaltendem Fieber erwartet er fast stets Eiterung und rät infolgedessen zur Incision, wenn man an einer weichen Stelle mit Sicherheit den Sitz des Eiters ermittelt hat. Der Schnitt muss am Warzenhof radiär geführt werden, um das Durchschneiden der grossen Sinus lactei zu vermeiden. Darauf folgt Drainage und Behandlung des Abscesses nach den Regeln der Antisepsis.

Ahlfeld (Lehrb. d. Geburtsh.) gibt den Rat, zum Coupieren einer Mastitis Tag und Nacht einen Eisbeutel auf die

hochgebundene Brust zu legen. Er hat gleichwohl beobachtet, dass Wöchnerinnen, deren beginnende Mastitis er coupiert zu haben glaubte, nach einer mehrere Tage fieberlosen Zeit doch später noch eine Vereiterung durchmachten.

Bei Oedem in der Umgebung der geschwollenen Partie gibt *Ahlefeld* den Rat, das Eis als unnütz wegzulassen und feuchtwarme Umschläge zu machen. Bald wird sich Fluctuation nachweisen lassen und Incision ist dann am Platze. Er rät davon ab, das Kind an der gesunden Brust weiter stillen zu lassen, da die Schmerzen und später die Eiterung heftiger und andauernder werden, wenn die gesunde Brust gebraucht wird.

v. Winckel dagegen steht wieder auf dem Standpunkte, dass man das Kind an der gesunden Brust weiter saugen lasse. Er empfiehlt auf die entzündete Brust alle 4—5 Minuten zu wiederholende lauwarme Bleiwasserumschläge, bis der Knoten verschwunden ist, bei Fluctuation incidiert er ebenfalls.

Bei Durchsicht der Krankenjournale der Greifswalder Frauenklinik während der Jahre 1883—1903 findet man in Prophylaxe und Therapie nur ganz geringe Abweichung. Im wesentlichen stimmt sie mit den Anschauungen der oben erwähnten Autoren überein. Bis zum Jahre 1898 sehen wir bei den geringsten Schrunden, Entzündungen der Warzen und Rötung und Schwellung der Brüste 2—5 % Carbolumschläge angewandt. Sonst ist stets auf gründliches Reinhalten der Warzen geachtet worden. Um die Brüste recht abzuhärten und widerstandsfähig zu machen, wurden bereits während der Schwangerschaft häufigere Abwaschungen mit kaltem Wasser vorgenommen; traten dann dennoch Schrunden auf, so liess man unter einem gut gereinigten Warzenhütchen weiterstillen. Kam es aber zu einer Mastitis, so wurde das Kind von der kranken Brust abgesetzt und an der gesunden weitergestillt. Die entzündete Brust wurde mit Eisblase und Suspensorium mammae

behandelt, daneben liess man abführen. Erst wenn dadurch keine Besserung eintrat und das Fieber nicht schwand, wurde incidiert.

Zum Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. *A. Martin,* für die gütige Ueberweisung des Themas, sowie Herrn Oberarzt Privatdozent Dr. *Jung* für die liebenswürdige Unterstützung meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Verfasser, Guido Ernst Kunze, evangelischer Konfession, wurde am 30. März 1876 zu Annaberg, Kreis Ratibor O. S. als Sohn des jetzt in Carlsruhe Schles. lebenden Postverwalters Ernst Kunze und seiner Ehefrau Molly, geb. Schoefinius geboren, besuchte zuerst die Elementarschule zu Carlsruhe Schles., sodann die Kgl. Gymnasien zu Brieg und Kreuzburg O. S. Am 2. März 1897 verliess er das letztere Gymnasium mit dem Zeugnis der Reife. Er widmete sich darauf dem Studium der Medizin und zwar bis Herbst 1900 an der Universität Breslau. Okt. 1900 siedelte er nach Greifswald über, wo er am 25. Februar 1901 die ärztliche Vorprüfung bestand. Seine klinischen Studiensemester absolvierte er ebenfalls in Greifswald und war bis zum 15. Februar 1903 immatrikuliert.

Während der Universitätsferien durfte er je 3 Monate an der chirurgischen und der medizinischen Universitätsklinik volontieren. Die ärztliche Staatsprüfung legte er in der Zeit vom 3. April bis 14. Aug. 1903 ab. Am 26. Aug. 1903 bestand er das Examen rigorosum. Am 1. Okt. 1903 nahm er eine Assistenzarztstelle an der Provinzial-Irrenanstalt zu Rybnik O. S. an. — Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Dozenten:

In Breslau:

Born, Chun, F. Cohn, H. Cohn, Hasse, Hürthle, Kühnau, Ladenburg, Meyer.

In Greifswald:

Beumer, Bier, Bonnet, Busse, Grawitz, Krehl, Landois †, Loeffler, Lüthje, A. Martin, Moritz, Müller, W. Müller, Peiper, Schirmer, H. Schulz, Solger, Strübing, Tilmann, A. Westphal.

Allen diesen Herren spricht Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Zur Verminderung des Auftretens der puerperalen Mastitis ist die prophylaktische Behandlung bereits während der Gravidität von hoher Bedeutung.

II.

Bei Beginn der progressiven Paralyse sind Stimmungsschwankungen von hohem diagnostischen Wert.

III.

Für die Erweiterung der Geburtswege bildet die Einlegung des Metreurynters das schonendste Verfahren.